

**DAFTAR FORMAT  
SURAT PERMOHONAN SURAT IZIN PRAKTIK**

(Silahkan Buka Halaman Sesuai Jenis Profesi Berikut)

	Hal
1. Dokter Praktek Mandiri dan di faskes (Dokter umum, Dokter gigi, Dokter spesialis)....	2
2. Dokter Praktek di Puskesmas dan RSUD .....	3
3. Bidan .....	4
4. Perawat .....	5
5. Perawat Gigi .....	6
6. Perawat Anestesi .....	7
7. Apoteker .....	8
8. Tenaga Teknis Kefarmasian .....	9
9. Elektromedis .....	10
10. Fisioterapis .....	11
11. Terapis wicara .....	12
12. Radiografer .....	13
13. Perekam medis .....	14
14. Ahli Tehnologi Laboraorium Medik .....	15
15. Refraksionos Optisen .....	16
16. Tenaga Gizi .....	17
17. Tenaga Kesehatan Masyarakat .....	18
18. Tenaga Sanitarian .....	19

Perihal : Permohonan Rekomendasi Surat Izin Praktik (SIP)  
Dokter Praktek Swasta

Kepada Yth. :  
Kepala Dinas Kesehatan  
Kabupaten Ogan Komering Ulu  
Di – Baturaja

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama lengkap :  
Alamat Lengkap :  
Tempat, tanggal lahir :  
Jenis Kelamin :  
Tahun Lulusan :  
Nomor STR :  
Tempat bekerja :  
Nomor Rekomendasi OP :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik (SIP) di  
:..... yang ke..... (.....)

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan :

1. Fotokopy STR yang diterbitkan dan dilegalisasi asli oleh KKI;
2. Fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP);
3. Pas foto berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak 2(dua) lembar
4. Fotokopi Ijazah (menunjukkan asli pada waktu pemeriksaan);
5. Keterangan sehat dari dokter pemerintah;
6. Surat rekomendasi dari organisasi profesi sesuai tempat praktik
7. Surat rekomendasi dari Kepala Puskesmas setempat;
8. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi Dokter dan Dokter Gigi yang bekerja pada instansi / fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah atau pada instansi / fasilitas pelayanan kesehatan lain secara purna waktu;
9. Surat pernyataan mempunyai tempat praktik atau surat keterangan dari fasilitas pelayanan kesehatan sebagai tempat praktiknya;
10. Keterangan waktu praktek;
11. Fotokopi SIP ke 1 dan ke 2 (bagi pemohon SIP ke 3)
12. Denah lokasi.

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

Baturaja, .....

Pemohon ,

( ..... )

Lampiran : 1 (satu) bendel  
Perihal : Permohonan Rekomendasi Surat Izin Praktik (SIP)  
Dokter di Lembaga

Kepada Yth. :  
Kepala Dinas Kesehatan  
Kabupaten Ogan Komering Ulu  
Di – Baturaja

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini saya :

Nama lengkap :  
Alamat :  
Tempat/Tanggal Lahir :  
Jenis Kelamin :  
Tahun Lulusan :  
Nomor STR :  
Nomor Rekomendasi OP :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Ijin Praktik (SIP) untuk tempat praktik yang ke ..... ( ..... ) dengan alamat : .....

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini saya lampirkan :

1. Surat Tanda Registrasi dokter atau surat tanda registrasi dokter gigi yang diterbitkan asli oleh Konsil Kerdokteran Indonesia yang masih berlaku.
2. Fotokopi Ijazah yang dilegalisir
3. Surat pernyataan mempunyai tempat praktik atau surat keterangan dari sarana pelayanan kesehatan sebagai tempat praktiknya.
4. Surat rekomendasi dari organisasi profesi sesuai tempat praktik.
5. Pas foto berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak 2 (dua) lembar

Demikian atas perhatian Bapak/Ibukami ucapkan terima kasih.

Baturaja, .....

Pemohon ,

( ..... )

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktek Bidan

Kepada Yth. :  
Kepala Dinas Kesehatan  
Kabupaten Ogan Komering Ulu  
Di –  
BATURAJA

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap :  
Alamat :  
Tempat, Tanggal Lahir :  
Jenis Kelamin :  
Tahun Lulusan :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktek Bidan (SIPB) Baru / Perpanjangan)\* di .....(diisi nama tempat & alamat lembaga tempat kerja)

Sebagai bahan pertimbangan terlampir :

- a. Fotocopi STR yang masih berlaku dan dilegalisasi
- b. Fotocopi Ijazah
- c. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik
- d. Surat rekomendasi dari atasan langsung tempat bekerja
- e. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4 x 6 cm sebanyak 2 (dua) lembar
- f. Rekomendasi dari organisasi profesi
- g. SIPB yang lama (bagi permohonan perpanjangan SIPB)
- h. Foto Copy KTP

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

..... , .....

Pemohon

-----

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktek (SIP) Perawat

Kepada Yth. :  
Kepala Dinas Kesehatan  
Kabupaten Ogan Komering Ulu  
Di –  
BATURAJA

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap :  
Tempat, Tanggal Lahir :  
Jenis Kelamin :  
Tahun Lulusan :  
Nomor STR :  
Tempat Bekerja :  
Alamat Rumah :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Kerja Perawat (SIKP) pada ..... (diisi nama dan alamat lembaga tempat bekerja)

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. Fotocopi SIP / STR yang masih berlaku
- b. Fotocopi Ijazah
- c. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik
- d. Surat rekomendasi dari atasan langsung tempat bekerja
- e. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4 x 6 cm sebanyak 2 (dua) lembar
- f. Rekomendasi dari organisasi profesi
- g. Fotocopi KTP

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

..... , .....

Pemohon

-----

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktek Perawat Gigi

Kepada Yth. :  
Kepala Dinas Kesehatan  
Kabupaten Ogan Komering Ulu  
Di –  
BATURAJA

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap :  
Alamat :  
Tempat, Tanggal Lahir :  
Jenis Kelamin :  
Tahun Lulusan :  
Telepon :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktek Perawat Gigi pada ..... (diisi nama dan alamat lembaga tempat bekerja)

Sebagai bahan pertimbangan terlampir :

- a. Fotocopi STR yang masih berlaku dan dilegalisasi
- b. Fotocopi Ijazah
- c. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik
- d. Surat rekomendasi dari atasan langsung tempat bekerja
- e. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4 x 6 cm sebanyak 2 (dua) lembar
- f. Rekomendasi dari organisasi profesi PPGI
- g. Foto kopi KTA PPGI
- h. Fotocopi KTP

Demikian atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

..... , .....

Pemohon

-----

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktek  
Perawat Anestesi (SIPPA)

Kepada Yth. :  
Kepala Dinas Kesehatan  
Kabupaten Ogan Komering Ulu  
Di –

BATURAJA

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap :  
Alamat :  
Tempat, Tanggal Lahir :  
Jenis Kelamin :  
Tahun Lulusan :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Kerja Perawat Anestesi pada ..... (sebut nama sarana kesehatannya, alamat, nama kota, kabupaten / kota ) sesuai Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 31 tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perawat Anestesi.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. Fotocopi Ijazah yang dilegalisir;
- b. Fotocopy STRPA;
- c. Fotocopy Surat keterangan sehat dari dokter yang mempunyai Surat Izin Praktik;
- d. Surat pernyataan memiliki tempat kerja di fasilitas pelayanan kesehatan;
- e. Pas foto terbaru ukuran 4 x 6 cm sebanyak 2 (dua) lembar berlatar belakang merah;
- f. Surat rekomendasi dari atasan langsung tempat bekerja
- g. Rekomendasi dari organisasi profesi; dan
- h. SIPPA pertama/kedua (untuk permohonan SIPPA yang kedua/ketiga).
- i. Fotocopi KTP

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

..... , .....

Pemohon

-----

Yang terhormat,  
Kepala Dinas Kesehatan  
Kabupaten Ogan Komering Ulu  
Di BATURAJA

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap : .....  
No. STRA : .....  
Tempat, tanggal lahir : .....  
Pendidikan terakhir : .....  
Tempat Praktik/Kerja : .....  
Alamat Praktik lain\*\* : 1. ....  
2. ....  
Alamat Rumah : .....  
telp.....  
Nomor Hp : .....  
E-mail : .....  
No. Sertifikat Kompetensi : .....  
Tgl. Sertifikat Kompetensi : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA) / Surat Izin Kerja (SIK)\* sesuai Peraturan Menteri Kesehatan No.889/MENKES/PER/V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktik dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasiansebagai :

1. Apoteker Pengelola Apotek (APA).
2. Apoteker Pendamping (APING) yang ke : .....

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. fotokopi STRA yang dilegalisir oleh KFN;
- b. surat pernyataan mempunyai tempat praktek profesi atau surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kefarmasian atau dari pimpinan fasilitas produksi atau distribusi/penyaluran;
- c. surat rekomendasi dari organisasi profesi; dan
- d. pas foto berwarna ukuran 4 X 6 sebanyak 2 (dua) lembar.
- e. Foto copy KTP

Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih

.....,

Pemohon,

(.....)

Tembusan :

Kepala Dinas Kesehatan DIY

\* : diisi sesuai permohonan (SIPA )

\*\* : untuk SIPA sebagai Apoteker Pendamping



Perihal : Permohonan Surat Izin Praktek Tenaga Teknis Kefarmasian (SIPTTK)

Kepada Yth.  
Kepala Dinas Kesehatan  
Kabupaten Ogan Komering

Ulu

Di .....

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama lengkap : .....  
Tempat/Tanggal Lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Lulusan : .....  
Tahun Lulusan : .....  
Nomor STRTTK : .....  
Alamat rumah : .....  
Nama sarana ke-1 : .....  
Alamat : .....  
Nama sarana ke-2 : .....  
Alamat : .....  
Nama sarana ke-3 : .....  
Nomor Hp : .....  
E-mail : .....

Dengn ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktek Tenaga Teknis Kefarmamsian pada ..... (sebut nama sarana pelayanan kesehatannya, alamat, nama kota, kabupaten/kota).sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 889/MENKES/PER/V/2011 tentang Registrasi Izin dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. Fotokopi STRTTK yang masih berlaku;
- b. Surat pernyataan Apoteker atau pimpinan tempat pemohon melaksanakan pekerjaan kefarmamsian;
- c. Surat rekomendasi dari organisasi yang menghimpun Tenaga Teknis Kefarmamsian; dan
- d. Fotokopi Ijasah pendidikan Tenaga Teknis Kefarmamsian yang diakui Pemerintah;
- e. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki SIP;
- f. Pas foto ukuran 4x6 cm sebanyak 2 (dua) lembar;
- g. Fotocopi KTP

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

.....20..

Yang memohon,

(.....)

Perihal : Permohonan Surat Izin  
PraktekElektromedis

Kepada Yth.  
Kepala Dinas Kesehatan  
Kabupaten Ogan Komering  
Ulu  
Di .....

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama lengkap : .....

Tempat/Tanggal Lahir : .....

Jenis Kelamin : .....

Tahun Lulusan : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin PraktekElektromedis pada ..... (sebut nama sarana pelayanan kesehatannya, alamat, nama kota, kabupaten/kota). sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 45 tahun 2015 tentang izin dan penyelenggaraan praktik elektromedis.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. Fotokopi STR-E yang masih berlaku;
- b. Fotokopi ijazah Elektromedis yang disahkan oleh pimpinan penyelenggara pendidikan
- c. Surat Rekomendasi dari organisasi profesi
- d. Surat keterangan sehat dan tidak buta warna dari dokter yang memiliki SIP;
- e. Pas foto ukuran 4x6 cm sebanyak 2 (dua) lembar;
- f. Surat keterangan dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan atau yang menyatakan masih bekerja pada sarana yang bersangkutan.
- g. Fotocopi KTP

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

.....20..

Yang memohon,

(.....)

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik Fisioterapis (SIPF)

Kepada Yth.  
Kepala Dinas Kesehatan  
Kabupaten Ogan Komering

Ulu

Di .....

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama lengkap : .....  
Alamat : .....  
Tempat/Tanggal Lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Lulusan : .....  
Tahun Lulusan : .....  
Nomor STRF : .....

Dengn ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Fisioterapis (SIPF) pada ..... (sebut nama sarana kesehatan atau tempat praktik, dan alamat)

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. Fotokopi Ijazah yang dilegalisir;
- b. Fotokopi STRF;
- c. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik;
- d. Surat pernyataan memiliki tempat kerja di fasilitas pelayana kesehatan atau tempat praktik pelayanan secara mandiri;
- e. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4x6 cm sebanyak 2 (dua) lembar berlatar belakang merah;
- f. Surat Rekomendasi dari organisasi profesi' dan
- g. SIPF pertama / kedua (untuk permohonan SIPF yang kedua/ketiga)

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

.....20..

Yang memohon,

(.....)

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktek Terapis Wicara

Kepada Yth. :  
Kepala Dinas Kesehatan  
Kabupaten Ogan Komering Ulu  
Di –  
BATURAJA

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap :  
Alamat :  
Tempat, Tanggal Lahir :  
Jenis Kelamin :  
Tahun Lulusan :  
Nomer STR :  
Tempat bekerja :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktek Terapis wicara (Baru / Perpanjangan) di .....

Sebagai bahan pertimbangan terlampir :

- a. Fotocopi STR yang masih berlaku dan dilegalisasi
- b. Fotocopi Ijazah
- c. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik
- d. Surat keterangan dari pimpinan unit kerja
- e. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4 x 6 cm sebanyak 2 (dua) lembar
- f. Rekomendasi dari organisasi profesi (PPPKMI Ogan Komering Ulu)
- g. Fotocopi KTP

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

Ogan Komering Ulu ,  
Pemohon

(.....)

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktek Radiografer (SIPR)

Kepada Yth.  
Kepala Dinas Kesehatan  
Kabupaten Ogan Komering  
Ulu  
Di .....

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama lengkap : .....  
Tempat/Tanggal Lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Tahun Lulusan : .....

Dengn ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktek Radiografer pada ..... (sebut nama sarana pelayanan kesehatannya, alamat, nama kota, kabupaten/kota) sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 357/MENKES/PER/V/2006 tentang Registrasi dan Izin Kerja Radiografer.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. Fotokopi SIR yang masih berlaku;
- b. Fotokopi ijazah Radiografer yang disahkan oleh pimpinan penyelenggara pendidikan Radiografer;
- c. Surat Rekomendasi dari organisasi profesi
- d. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki SIP;
- e. Pas foto ukuran 4x6 cm sebanyak 2 (dua) lembar;
- f. Surat keterangan dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan atau yang menyatakan masih bekerja pada sarana yang bersangkutan.
- g. Foto Copy KTP

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

.....

Yang memohon,

(.....)

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktek Perkam Medis.

Kepada Yth.  
Kepala Dinas Kesehatan  
Kabupaten Ogan Komering Ulu  
Di - Baturaja

Dengan hormat,

Yang betanda tangan di bawah ini ,

Nama lengkap : .....  
Alamat : .....  
Tempat/Tanggal Lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Tahun Lulusan : .....  
Nomor STR/SIRM : .....

Dengn ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktek Perkam Medis (SIK Perkam Medis) pada .....  
(sebut nama sarana pelayanan kesehatannya, alamat, nama kota/kabupaten/kota) sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 55 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perkam Medis..

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini saya lampirkan :

1. Fotokopi Ijazah yang dilegalisir;
2. Fotokopi STR Perkam Medis yang masih berlaku;
3. Fotocopi KTP
4. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik;
5. Surat pernyataan mempunyai tempat kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
6. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4 x 6 cm berlatar belakang merah sebanyak 2 (dua) lembar; dan
7. Rekomendasi dari organisasi profesi

Demikian atas perhatian Bapak/.Ibu kami ucapkan terima kasih.

....., .....20..

Yang memohon,

( ..... )

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik

Ahli Teknologi Laboratorium Medik (SIP-ATLM)

Kepada Yth. :

Kepala Dinas Kesehatan

Kabupaten Ogan Komering Ulu

Di – BATURAJA

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap :

Alamat :

Tempat, Tanggal Lahir :

Jenis Kelamin :

Tahun Lulusan :

Nomer STR-ATLM :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Ahli Teknologi Laboratorium Medik (SIP-ATLM) pada .....  
..... (sebut nama fasilitas pelayanan kesehatan atau tempat praktik, dan alamat).

Sebagai bahan pertimbangan terlampir :

- a. Fotocopi Ijazah yang dilegalisasi;
- b. Fotocopi STR-ATLM atau STR-ATLM sementara bagi tenaga kesehatan warga Negara asing;
- c. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik;
- d. Surat keterangan bekerja dari fasilitas Pelayanan Kesehatan yang bersangkutan;
- e. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4 x 6 cm sebanyak 2 (dua) lembar berlatar belakang merah;
- f. Rekomendasi dari kepala dinas kesehatan kabupaten/kota atau pejabat yang ditunjuk;
- g. Rekomendasi dari organisasi profesi; dan
- h. SIP-ATLM pertama (untuk permohonan SIP-ATLM yang kedua)
- i. Fotocopi KTP

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

..... 201.....

Yang memohon,

( ..... )

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktek Refraksionis Optisien.

Kepada Yth.  
Kepala Dinas Kesehatan  
Kabupaten Ogan Komering Ulu  
Di - Baturaja

Dengan hormat,

Yang betanda tangan di bawah ini ,

Nama lengkap : .....  
Tempat/Tanggal Lahir : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Lulusan : .....  
Tahun Lulusan : .....  
Nomor STR/SIRM : .....  
Alamat rumah : .....

Dengn ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktek Refraksionis Optisien pada ..... (sebut nama sarana pelayanan kesehatannya, alamat, nama kota/kabupaten/kota).

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Fotokopi Ijazah Refraksionis Optisien
2. Fotokopi STR yang masih berlaku
3. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki SIP
4. Pas foto ukuran 4 x 6 cm sebanyak 2 (dua) lembar
5. Surat Rekomendasi dari organisasi profesi
6. Fotocopi KTP

Demikian atas perhatian Bapak.Ibu kami ucapkan terima kasih.

....., .....20..

Yang memohon

( ..... )



Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik Tenaga Gizi (SIPTGz)

Kepada Yth. :  
Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Ogan  
Komerling Ulu  
Di –  
BATURAJA

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap :  
Alamat :  
Tempat/Tanggal Lahir :  
Jenis Kelamin :  
Tahun Lulusan :  
Nomer STRG :  
Tempat bekerja :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Tenaga Gizi (SIPTGz) pada ..... (sebut nama fasilitas pelayanan kesehatan atau tempat praktik, dan alamat)

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan :

1. Fotocopi Ijazah yang dilegalisir;
2. Fotocopi STRGz;
3. Fotocopi KTP
4. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik
5. Surat pernyataan memiliki tempat kerja di fasilitas pelayanan kesehatan atau tempat praktik pelayanan gizi secara mandiri;
6. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4 x 6 cm sebanyak 2 (dua) lembar berlatar belakang merah;
7. Rekomendasi dari PERSAGI; dan
8. SIPTGz yang pertama untuk permohonan SIPTGz yang kedua.

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

Ogan Komerling Ulu, .....

Yang memohon,

(.....)

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktek Tenaga Kesehatan Masyarakat

Kepada Yth. :

Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Ogan

Komering Ulu

Di –

BATURAJA

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap :

Alamat :

Tempat, Tanggal Lahir :

Jenis Kelamin :

Tahun Lulusan :

Nomer STR :

Tempat bekerja :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktek Tenaga Kesmas (Baru / Perpanjangan) di .....

Sebagai bahan pertimbangan terlampir :

1. Fotocopi STR yang masih berlaku dan dilegalisasi
2. Fotocopi Ijazah
3. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik
4. Surat keterangan dari pimpinan unit kerja
5. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4 x 6 cm sebanyak 2 (dua) lembar
6. Rekomendasi dari organisasi profesi (PPPKMI Ogan Komering Ulu)
7. Fotocopi KTP

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

Ogan Komerling Ulu ,  
Pemohon

(.....)

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktek Sanitarian

Kepada Yth. :  
Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Ogan Komerling  
Ulu  
Di –  
BATURAJA

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap :

Alamat :

Tempat, Tanggal Lahir :

Jenis Kelamin :

Tahun Lulusan :

Nomer STR :

Tempat bekerja :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktek Sanitarian (Baru / Perpanjangan) di .....

Sebagai bahan pertimbangan terlampir :

- a. Fotocopi STR yang masih berlaku dan dilegalisasi
- b. Fotocopi Ijazah
- c. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik
- d. Surat keterangan dari pimpinan unit kerja
- e. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4 x 6 cm sebanyak 2 (dua) lembar
- f. Rekomendasi dari organisasi profesi (HAKLI Ogan Komerling Ulu)
- g. Foto Copy KTP

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

Ogan Komering Ulu ,  
Pemohon

(.....)